

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N. 412

— **THÈSE** —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1908, à 1 heure

Par **Joseph VENTRON**

Né à Besançon, le 1^{er} juillet 1882

DE LA
MYÉLITE SYPHILITIQUE A DÉBUT

PAR
TROUBLES D'INCONTINENCE D'URINE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : { MM. POUCHET et CHANTEMESSE, professeurs.
LANGLOIS, agrégé.*

PARIS

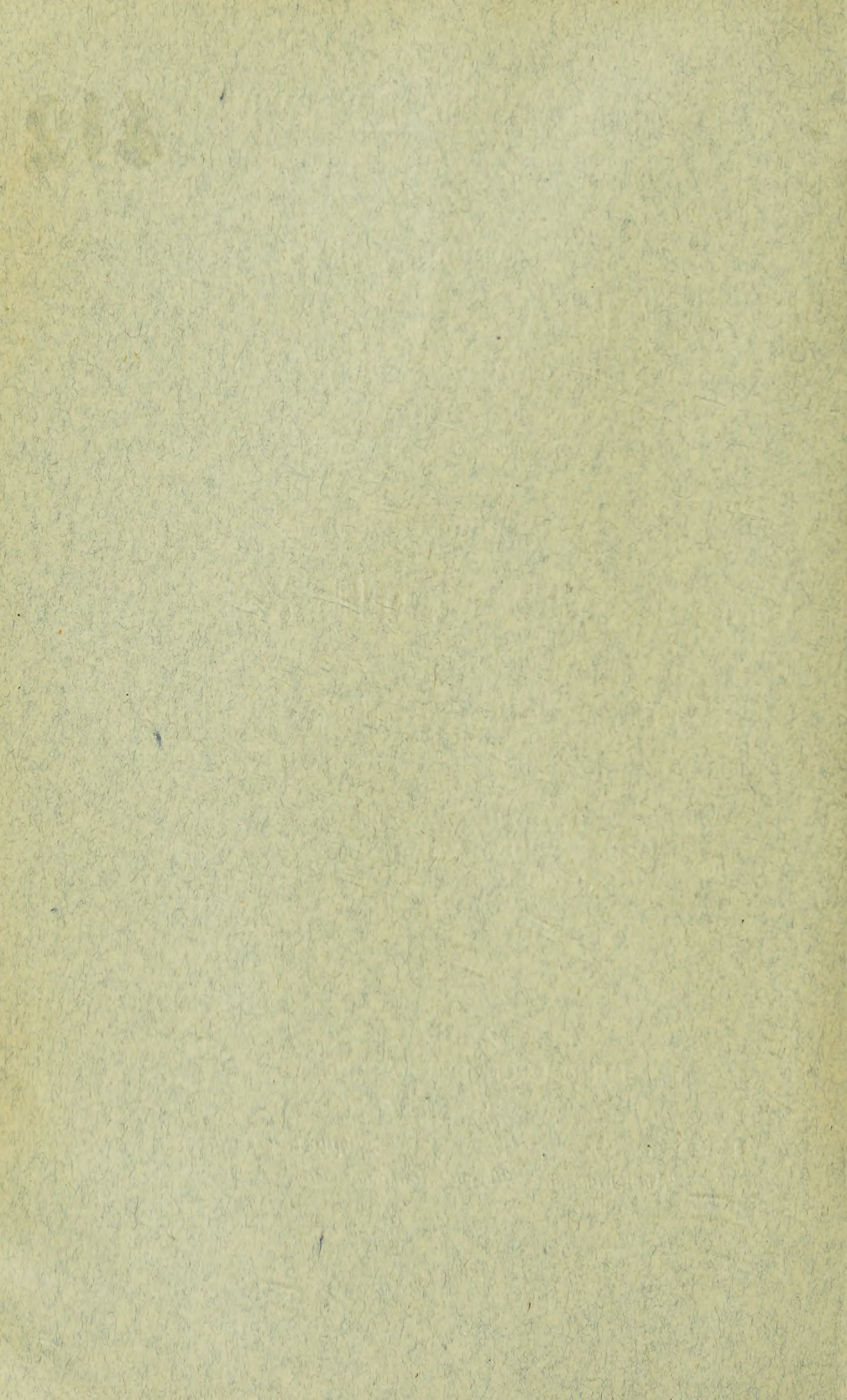
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

—
1908



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

412

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1908, à 1 heure

Par Joseph VENTRON

Né à Besançon, le 1^{er} juillet 1882

DE LA

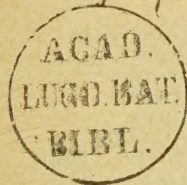
MYÉLITE SYPHILITIQUE A DÉBUT

PAR

TROUBLES D'INCONTINENCE D'URINE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : { MM. POUCHET et CHANTEMESSE, professeurs.
LANGLOIS, agrégé.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.	BRISAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTERMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale.	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD.	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE BESANÇON

ET

DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

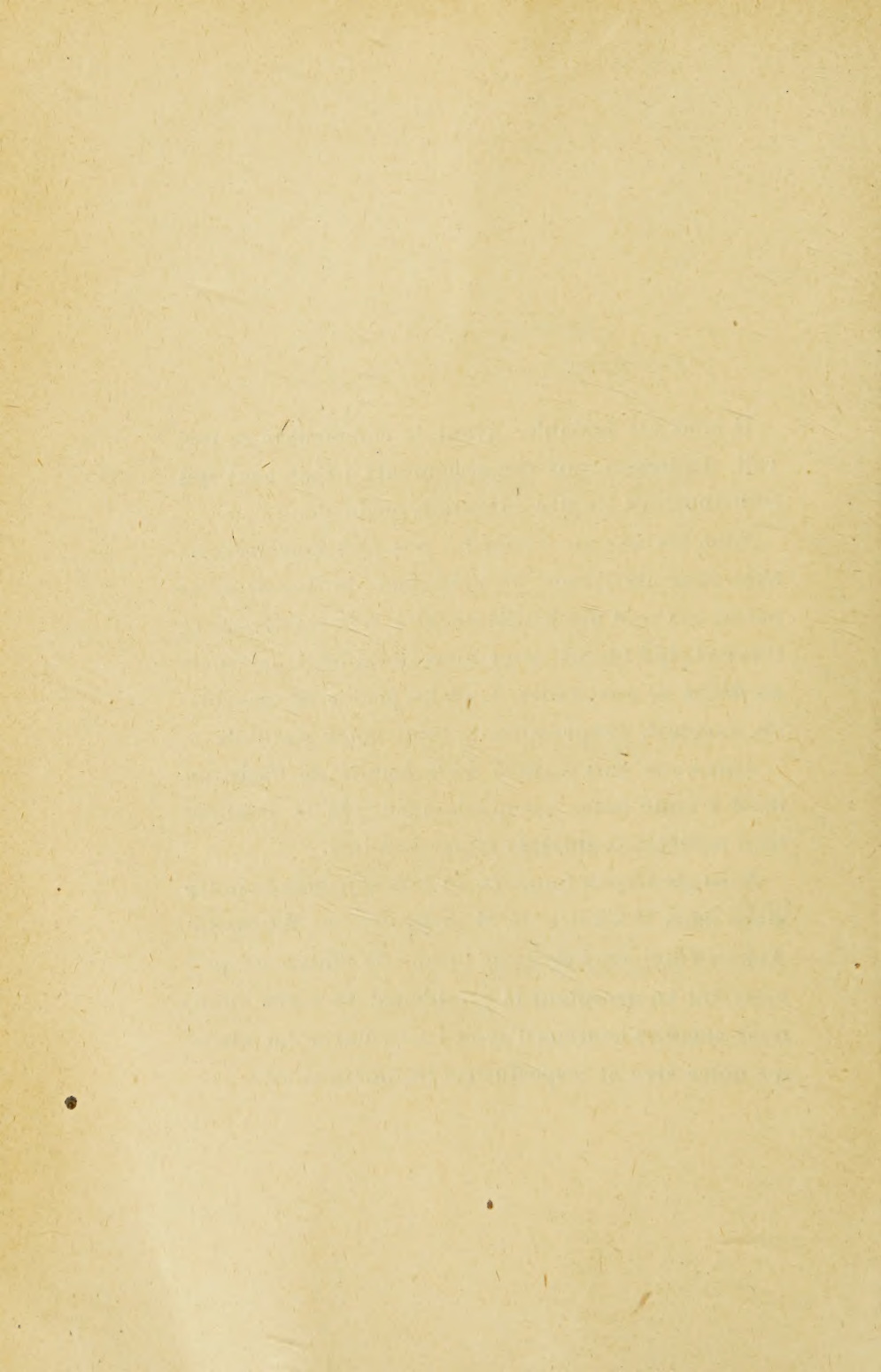
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous est agréable, avant de commencer ce travail, d'adresser nos remerciements à tous ceux qui contribuèrent à notre éducation médicale.

Nous les devons d'abord à nos plus anciens maîtres, ceux de l'école de médecine de Besançon, et parmi eux tout particulièrement à MM. GAUDERON et CHAPOY, qui furent pour nous des guides paternels au début de nos études. Nous les prions de recevoir, en souvenir, l'expression de toute notre gratitude.

Après eux, nos maîtres de la faculté de Paris ont droit à toute notre reconnaissance. Qu'ils veuillent bien agréer nos sincères remerciements.

Nous garderons toujours un bon souvenir de notre stage dans le service de M. le professeur RAYMOND. Aujourd'hui, sensiblement touché de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, nous sommes heureux d'avoir l'occasion de lui adresser notre vive et respectueuse reconnaissance.



INTRODUCTION

Comme toutes les infections générales, la syphilis est susceptible de déterminer des accidents, qui peuvent atteindre les différents systèmes de l'organisme. Mais, ce qui la caractérise surtout, c'est son affinité très nette pour le système nerveux, dont elle peut atteindre toutes les parties se localisant, tantôt sur le cerveau, tantôt sur la moelle, tantôt, et c'est la forme la plus commune, sur les deux en même temps.

Toutefois la connaissance de la syphilis médullaire n'est pas de date aussi récente que celle de la syphilis cérébrale et il faut arriver presque au milieu du siècle dernier pour en rencontrer les premières descriptions.

C'est Lallemand, qui, en 1834, publia le premier travail important, sur les localisations nerveuses de la syphilis.

En 1861 paraissent la thèse de Ladreit de la Charrière et les travaux de Gros et Lancereaux.

A partir de cette époque les ouvrages se succèdent

rapidement, les faits cliniques se précisent et dès 1878 et 1879 apparaissent des descriptions d'ensemble de myélites syphilitiques.

Mais il faut arriver à 1889-1890 pour trouver, grâce aux travaux de MM. Gilbert et Lion, une classification anatomique des myélites syphilitiques.

Dans les mois qui suivent les recherches se multiplient. MM. Déjerine et Möller attirent l'attention sur la fréquence des lésions vasculaires, tandis que paraissent successivement : la thèse de Lamy en 1893, et celle de Sottas en 1894.

En même temps l'étude clinique progresse. Erb, en 1892, décrit la paraplégie spinale syphilitique, et, l'année suivante, Charcot englobe la syphilis médullaire dans les myélites transverses.

Dès lors l'affinité du virus syphilitique pour la moelle est connue, et de nombreuses variétés cliniques vont être décrites, répondant chacune à une localisation spinale déterminée.

Parmi ces localisations il en est une, plus fréquente que toutes les autres, représentant le type classique de l'affection : c'est celle qui atteint la moelle au niveau de sa région dorso-lombaire et se traduit cliniquement par l'apparition d'une paraplégie.

Mais à côté de cette paraplégie, qui déjà ne se présente pas toujours sous la même forme, on peut observer des cas cliniques excessivement variés en rapport avec la zone médullaire primitivement atteinte. Les troubles fonctionnels qui peuvent porter sur la

sensibilité, et sur la motilité peuvent aussi atteindre les sphincters. C'est ainsi que depuis six mois, dans le service de M. le professeur Raymond, nous avons observé deux cas de syphilis de la moelle ayant débuté d'une façon peu classique, par des troubles urinaires assez différents de ce qu'ils sont habituellement, pour faire, suivant les bienveillants conseils de M. Rose, chef de clinique à la Salpêtrière, l'objet d'une courte étude clinique.

II

Troubles urinaires en général dans les myélites syphilitiques.

Nous ne pensons pas être les premiers à signaler ce mode de début de certaines formes de la myélite syphilitique. De tous temps les auteurs ont attiré l'attention sur la précocité des troubles urinaires, et, dès 1878, Caizergues (1) signalait la fréquence de ces troubles dans la période prodromique des myélites de la syphilis tertiaire.

L'année suivante, Julliard (2), dans une thèse faite à Lyon, faisait remarquer la précocité de ces mêmes accidents au cours des affections médullaires, en insistant, d'une façon toute spéciale, sur la fréquence et l'intensité de cet ordre de symptômes lorsqu'il s'agissait de lésions syphilitiques.

Après lui, Savard, en 1881, signale « comme un

1. CAIZERGUES. Thèse de Montpellier, 1878.

2. JULLIARD. *Étude sur les localisations spinales de la syphilis*, 1879.

fait de très haute fréquence la précocité des troubles urinaires dans les myélites syphilitiques et particulièrement dans les myélites chroniques. »

Enfin Sénéchal, en 1890, aborde cette question en traitant « des troubles urinaires prémonitoires des myélites syphilitiques. »

Seulement, si l'on parcourt le grand nombre d'observations rapportées par ces auteurs, on constate que toujours il s'agit de rétention, suivie plus tard d'incontinence par regorgement. Ce n'est que parce que la vessie est pleine, distendue même, que le sphincter se laisse forcer et permet à l'urine de s'échapper goutte à goutte.

Dé plus il est rare que cette rétention se montre à l'état de symptôme isolé. La plupart du temps, elle est accompagnée, si ce n'est précédée, d'autres phénomènes morbides tels que : douleurs lombaires, douleurs fulgurantes ou névralgiques dans les membres inférieurs, gêne plus ou moins accentuée de la marche ; lourdeur et maladresse des jambes.

Enfin, dans les quelques cas, où il serait possible que l'on rencontrât cette rétention comme unique symptôme du début, il se trouvera toujours, qu'elle ne précédera que de quelques heures l'apparition de la paraplégie.

Bien autres sont les troubles urinaires que nous avons observés. Ils ont pour caractères d'être essentiellement des troubles du début et de n'être accompagnés par aucun autre symptôme apparent.

Dans les deux cas que nous rapportons, ces trou-

bles ont apparu comme premiers symptômes de l'affection, précédant de longtemps les autres phénomènes, et n'étant accompagnés ni de douleurs lombaires, ni de douleurs fulgurantes, dans les membres inférieurs, ni de gêne ou de lourdeur à l'occasion de la marche.

Ils consistent, non plus en rétention, mais en mictions impérieuses, mictions inconscientes et incontinence vraie d'urine. Et cette fois l'incontinence n'est pas une incontinence par regorgement, ce n'est pas un écoulement continu dû au trop plein de la vessie, c'est une perte d'urine due à une parésie ou une paralysie du sphincter, et suivant le degré, tantôt une petite quantité d'urine s'accumule dans la vessie pour en être expulsée à l'insu du malade, tantôt ce malade éprouve le besoin d'uriner, mais la miction se produit sans qu'il puisse l'arrêter. Dans le premier cas nous avons une miction inconsciente, dans le second une miction seulement involontaire.

Enfin il arrive que dans l'intervalle de ces mictions, par suite du relâchement plus prononcé du sphincter, le malade perd constamment quelques gouttes d'urine, sans autre sensation que celle de l'arrivée du liquide à l'extérieur.

En somme tandis qu'ordinairement la difficulté de la miction et la rétention sont des symptômes précoces et constants, nous rencontrons dans nos observations des mictions impérieuses, inconscientes et de l'incontinence, qui ont constitué pendant un certain

temps toute la symptomatologie apparente de l'affection.

C'est ce que nous verrons dans l'étude clinique, que nous allons entreprendre, après avoir donné un aperçu de l'étiologie générale des localisations spinales du virus syphilitique.

III

ÉTIOLOGIE

Au point de vue de l'étiologie nous ne saurions faire que étude spéciale, étant donné que tout ce qui a été dit de la syphilis médullaire en général se rapporte à la variété clinique que nous exposons.

Il est à penser que c'est au cours des premières années après la contamination qu'apparaissent les accidents et si nous nous reportons à la statistique d'ensemble établie par MM. Gilbert et Lion (1), nous voyons « que sur un total de 184 cas, les premiers symptômes de la myélite syphilitique se sont montrés : 33 fois dans la première année ; — 40 fois dans la deuxième ; — 30 fois dans la troisième ; — 54 fois de la quatrième à la huitième année ; — 15 fois de la huitième à la douzième ; — et 12 fois de la douzième à la vingt-sixième. »

Seulement, il ne faut pas oublier que le traitement suivi possède une grande influence sur l'époque

1. GILBERT ET LION. *Syphilis de la moelle*, 1908.

d'apparition des accidents et peut même empêcher toute manifestation sur la moelle.

Mais peut-on se baser sur l'allure que prend, dès son début, la marche de la syphilis pour prévoir les accidents médullaires ?

Non, et toute syphilis d'allure absolument bénigne est susceptible d'atteindre la moelle, aussitôt et aussi gravement que ne ferait une syphilis revêtant des caractères d'une intensité remarquable. Souvent au contraire ce sont ces infections, présentant des accidents primaires et secondaires légers, et pour lesquelles le malade trouve inutile de se traiter, qui occasionnent les troubles les plus sérieux du système nerveux.

En tout cas, il est évident que l'on doit admettre une prédisposition de terrain, souvent augmentée d'une prédisposition personnelle : c'est chez les individus, à tempérament neuro-arthritique, qui se surmenent, ou seulement se fatiguent, que l'on voit plutôt apparaître les désordres nerveux.

Le surmenage sous toutes ses formes, travail cérébral exagéré, marches forcées, exercices musculaires trop intenses, abus du coït... etc..., ou encore les infections locales, les traumatismes..., sont autant de causes qui vont créer des lieux de moindre résistance, où travailleront facilement les germes pathogènes. Nous en avons encore une preuve dans notre deuxième observation, et dans un fait rapporté par M. Raymond, en 1904, à la Société de neurologie, où il s'agissait d'un jeune garçon de 19 ans, très

puissant et très musclé, sans aucun antécédent pathologique, héréditaire ou personnel, qui fut atteint d'impotence des membres supérieurs, avec amaigrissement considérable des bras, à la suite d'exercices de gymnastique trop prolongés. Et M. Raymond concluait : « Dans ce cas, il semble, étant donné l'absence apparente de toute infection ou de toute intoxication antérieure, que le syndrome poliomyélite fût réalisé par suite du surmenage, par suite de ces exercices d'entraînement à une gymnastique intense (1). »

N'est-il pas naturel que chez des individus qui portent constamment en eux des agents infectieux, l'attaque se produise au point surmené !

Peut-être les influences climatiques se font-elles les complices du surmenage, et c'est ainsi qu'on peut voir le froid, l'humidité devenir de véritables causes occasionnelles.

1. RAYMOND ET GUILLAIN. *Société de neurologie de Paris*, 1^{er} décembre 1904.

IV

EVOLUTION CLINIQUE

Nous pouvons diviser cette étude en deux parties, répondant aux deux phases de l'affection : la première, uniquement constituée par les troubles urinaires, accompagnés de quelques troubles des fonctions génitales ; la deuxième répondant à l'apparition des phénomènes paralytiques.

Phases des troubles urinaires. — C'est par des troubles de la miction que s'ouvre la série des manifestations spinales de l'infection.

Un individu qui a contracté la syphilis à un certain moment de sa vie, moment plus ou moins éloigné suivant les cas, est pris un jour, sans cause apparente, de besoins impérieux d'uriner. Ces besoins sont tels qu'à peine les a-t-il ressentis, il s'aperçoit que ses urines s'écoulent déjà dans ses vêtements.

D'autres fois, la muqueuse urétrale est en partie anesthésiée et sans avoir ressenti aucune envie d'uriner, sans éprouver la sensation du passage de l'urine, le malade constate que ses vêtements sont souillés.

Ces faits se renouvellent plusieurs fois dans la journée, avec deux, trois ou quatre heures d'intervalle, et continuent les jours suivants. Chaque fois que la vessie contient une certaine quantité d'urine la miction se produit involontaire ou inconsciente, suivant le degré de la lésion, obligeant le malade à porter continuellement un appareil pour recueillir ses urines.

Toutefois les mictions ne se produisent pas tous les jours aussi fréquemment, et la fatigue, la marche, la station debout paraissent déterminer leur fréquente apparition.

Souvent l'appareil génital ne reste pas indemne et des troubles plus ou moins accusés accompagnent les troubles vésicaux. Ce sont d'abord des difficultés des érections qui deviennent longues, pénibles, incomplètes. Puis les éjaculations sont à leur tour difficiles, lentes, sans force et le malade n'éprouve plus aucune sensation voluptueuse. Beaucoup plus rarement on observe au début une exaltation des fonctions génitales avec des érections fréquentes et des pollutions diurnes ou nocturnes.

Du côté du sphincter anal, il est habituel de ne rencontrer que de légers troubles. La plupart du temps le malade accuse quelques difficultés pour aller à la garde-robe et se rend compte qu'il doit faire effort. Quant à l'incontinence des matières elle est exceptionnelle, du moins à cette période, et n'apparaît que plus tardivement.

Si l'on pratique à ce moment l'examen du malade,

on ne rencontre ordinairement rien de particulier. La motilité est bien conservée et tous les muscles paraissent en bon état. Il n'y a pas non plus de troubles de la sensibilité et les phénomènes subjectifs même n'existent pas. Témoin l'observation de notre deuxième malade qui, la première fois qu'il vint consulter, n'accusa ni douleurs fulgurantes ou névralgiques, ni crises viscérales. A l'examen on trouva les réflexes normaux, sans anesthésie d'aucune région, et une force musculaire bien conservée.

En résumé, cette phase qui dure de quelques jours à quelques mois ou années, est uniquement constituée par les troubles urinaires accompagnés de quelques troubles des fonctions génitales, avec légère atteinte des fonctions rectales.

Phase des phénomènes paralytiques. — Après un temps variable le malade qui a présenté les troubles décrits, entre dans une nouvelle période de l'affection.

Soit tout à coup, soit insidieusement, graduellement il ressent une sensation d'engourdissement dans les membres inférieurs. Puis tantôt il accuse une grande faiblesse, ses jambes refusant de le porter ; tantôt au contraire, il sent ses membres devenir raides et ne peut plus se poser à terre sans ressentir un léger tremblement.

Dans le premier cas nous avons le tableau de la paraplégie flasque, dans le deuxième, qui constitue le fait ordinaire, nous avons celui de la paraplégie spasmodique. La marche devient pénible, les membres ont perdu leur souplesse et chaque pas est

l'occasion d'une série de secousses convulsives qui donnent au malade la démarche spasmodique.

Souvent les deux membres ne sont pas pris simultanément, et les accidents paralytiques s'installent, d'abord dans l'un, pour gagner l'autre plus tardivement, de même que souvent la paraplégie n'apparaît que lentement, prenant un jour un groupement musculaire, quelque temps après un autre groupement, et ainsi de suite.

En somme, le tableau clinique devient le tableau commun à toutes myélites syphilitiques, présentant des formes diverses suivant les cas.

Dès lors l'examen révèle l'apparition d'une nouvelle série de symptômes. Les mouvements volontaires sont possibles, sans incoordination, mais présentent une certaine brusquerie qui donne l'impression d'un membre qui serait mus par un ressort se détendant progressivement.

Les réflexes tendineux sont exagérés à tout le membre inférieur. On provoque très facilement la trépidations spinale, la danse de la rotule et le phénomène de l'orteil en extension. La force musculaire paraît conservée.

Si l'on fait marcher le malade on constate, suivant les cas, soit une légère difficulté dans les mouvements, soit une impossibilité complète de déplacer les membres. Le signe de Romberg est négatif ; le malade se tient très bien immobile, les yeux fermés, sans perdre l'équilibre.

Du côté de la sensibilité apparaissent quelques phé-

nomènes subjectifs qui consistent en sensation de fourmillements.

La sensibilité objective ne paraît pas touchée ou du moins très peu, et l'on trouve parfois une légère diminution au niveau du scrotum, de la verge, du périnée, puis du côté des membres inférieurs au niveau du pied.

Les troubles sphinctériens sont toujours aussi prononcés, du côté de l'urètre comme du côté du rectum.

On peut aussi rencontrer des troubles trophiques et particulièrement des escarres au niveau du sacrum et du coccyx.

A partir de ce moment les accidents peuvent, soit rétrocéder sous l'influence du traitement, soit affecter une marche progressive; dans ce dernier cas la paralysie devient complète aux membres inférieurs, la sensibilité est très diminuée et les troubles sphinctériens augmentent. L'incontinence des matières fécales se joint à l'incontinence d'urine, le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation pour arriver à une diarrhée continue. En même temps les forces diminuent, des troubles vaso-moteurs surviennent, l'appétit devient nul, la fièvre fait son apparition et le malade peut ainsi arriver assez rapidement au coma et à la mort.

Cette issue fatale est cependant rare et le plus souvent l'affection tend à l'amélioration, n'occasionnant qu'une simple infirmité. C'est ce que nous allons voir par les deux observations suivantes qui proviennent du service de M. le professeur Raymond.

Observation I

Le nommé X... âgé de 35 ans et exerçant la profession de garçon de service, entré le 17 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant âgé de 65 ans, arthritique (lithiase urinaire); — mère également bien portante; six frères et sœurs : deux morts du croup (?), les autres en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme, rien à signaler. A l'âge de 32 ans a eu un soir sans cause apparente une douleur brusque dans le bras avec une contracture des muscles de l'avant-bras, flexion forcée des premières phalanges, etc... sans que l'on ait pu déterminer ce dont il s'agissait. Il s'est très bien guéri et n'a jamais eu d'autres maladies avant l'affection actuelle.

Celle-ci débute il y a deux mois, au commencement du mois de décembre 1907, par des troubles sphinctériens. Sans aucune cause apparente, le malade devient incapable de retenir ses urines; à peine les sent-il passer; cependant il a conservé la sensation de besoin.

A la fin du mois de décembre il sent que ses jambes deviennent raides et faibles; la marche devient difficile et spasmodique. Puis tous ces phénomènes vont en s'accroissant progressivement jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, le 17 février 1908.

A son entrée le malade est examiné et voici ce qu'a révélé l'examen :

On constate qu'il y a eu suppuration cutanée de l'abdomen et ganglion suppuré à droite.

Actuellement il y a paraplégie spasmodique des membres inférieurs. La force musculaire est conservée dans les différents segments des membres inférieurs, mais il y a un certain degré de raideur. La marche est encore possible mais elle est à type spasmodique.

Pas de troubles de l'équilibre ou de la station debout.

Réflexes rotuliens et achilléens très vifs. On provoque très facilement le clonus du pied et la danse de la rotule. Réflexe de l'orteil en extension des deux côtés.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité superficielle. La sensibilité profonde paraît très légèrement touchée au niveau des orteils et du cou-de-pied gauche. Sans faire de réponses inexactes le malade dit par instant ne pas sentir la position de son pied ou de ses orteils.

La sensibilité est normale partout ailleurs. Il n'y a pas d'ataxie. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont diminués.

Troubles sphinctériens très nets, particulièrement du côté vésical, où ils se traduisent par des envies impérieuses et à peu près inconscientes d'uriner. Par moment même le malade perd continuellement ses urines.

Du côté anal beaucoup de difficultés pour aller à la selle ; le malade doit faire un grand effort.

Pas de troubles sensoriels si ce n'est du côté des yeux où l'on observe : pas de lésion du fond de l'œil ; pupilles normales ; très léger nystagmus dans les positions latérales extrêmes des yeux.

Examen électrique. — On trouve seulement de la diminution simple des réactions faradiques et galvaniques sur les divers muscles des jambes et des cuisses.

●

Pas de manifestation de dégénérescence.

Ponction lombaire : liquide clair. Lymphocytose très accentuée ; 60 éléments par champ.

Mis au traitement spécifique dès son arrivée le malade a subi une série d'injections de biiodure de mercure qui l'ont sensiblement amélioré au point de vue des accidents paraplégiques qu'il présentait.

Actuellement il a recouvré l'usage de ses jambes et marche à peu près normalement. Cependant le malade ne peut faire que de courtes promenades car les phénomènes spasmodiques réapparaissent à l'occasion de la fatigue de la marche ou de la station debout trop prolongée.

Quant à l'incontinence elle subsiste sans grande amélioration.

A l'examen on trouve toujours les réflexes exagérés aux deux membres inférieurs et le signe de l'orteil en extension, sans rencontrer de symptômes nouveaux au point de vue de la sensibilité.

Toujours pas de signe de Romberg, et aucun degré d'ataxie.

Observation II

Le nommé X..., âgé de 41 ans, voyageur de commerce. Entré le 3 juin 1908.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine dans l'enfance ; jamais de syphilis au dire du malade.

Toutefois dans la région lombaire on remarque une cicatrice pigmentée, circonéc, plus large qu'une pièce de 5 francs, probablement spécifique.

L'affection actuelle débuta il y a deux ans et demi. Subitement un matin le malade s'aperçoit qu'il a uriné abondamment dans son lit pendant la nuit. (A cette époque, le malade est très nerveux, surtout depuis deux mois, époque à laquelle il a éprouvé une émotion très vive : perte d'une bonne situation). Depuis, l'incontinence continue diurne et nocturne.

En même temps apparaissent des troubles de l'appareil génital : érections difficiles et incomplètes, éjaculations rapides se produisant avant le rapport et sans orgasme.

D'autre part diminution de la vision et de l'ouïe.

Depuis cette époque l'incontinence d'urine a cessé la nuit, mais le malade est obligé de se lever le matin de très bonne heure pour uriner. Pendant la journée il doit porter un appareil pour recueillir ses urines.

En réalité l'incontinence n'est pas continue. Seulement toutes les cinq ou six heures le malade a une miction involontaire. Il est des jours où il n'urine jamais involontairement ; il en est d'autres, surtout ceux où il se fatigue, où il urine à chaque instant dans son appareil. Cependant, de temps en temps il a quelques pertes continues goutte à goutte. Il sent assez bien passer le jet. Rien du côté du sphincter anal.

Il y a dix-huit mois pensant à une incontinence psychique on lui fit trois injections épidurales, sans succès.

Il y a un an il fut examiné par M. Bazy qui lui trouva un rétrécissement qu'on a traité par des béniqués et des instillations de nitrate d'argent. Actuellement il n'y a plus rien du côté de l'urètre. L'incontinence n'en subsiste pas moins.

A l'examen. — Pas de douleurs fulgurantes ; jamais de crises viscérales. Pas d'ataxie. Pas de signe de Romberg.

Pas de signe de Westphal. Réflexes achilléens normaux.

Sensibilité. — Aucun trouble de la sensibilité; pas d'anesthésie de la région sacrée ou autre.

Réflexes crémastérien et abdominal inférieur diminués.

Force musculaire conservée pour tous les mouvements.

L'examen des yeux pratiqué par M. Galéowsky a donné les résultats suivants : myosis très marqué, pupilles irrégulières et réagissant très faiblement à la lumière surtout du côté gauche. Rien au fond de l'œil.

La ponction lombaire a ensuite révélé une hypertension considérable du liquide avec lymphocytose abondante.

Tout cet examen fut pratiqué quelque temps avant son entrée à la Salpêtrière ; le malade venait à la consultation le matin et retournait ensuite à son travail.

Mais le 3 juin apparurent des phénomènes nouveaux qui l'obligèrent à entrer dans le service de M. Raymond.

En se levant le matin il s'aperçut que sa jambe gauche était plus faible que sa jambe droite ; s'il s'appuyait dessus elle refusait de le porter et dut pour marcher se servir d'une canne.

Un nouvel examen pratiqué à cette date révéla du côté gauche, une exagération du réflexe rotulien. On obtenait une légère trépidation épileptoïde avec un commencement de danse de la rotule ; de même on pouvait constater une ébauche du signe de l'orteil en extension. La sensibilité paraissait bien conservée dans toutes les régions et à tous les modes. La force musculaire était un peu diminuée avec un léger degré de raideur.

Rien du côté du membre droit.

Les injections mercurielles pratiquées quotidiennement paraissent avoir suspendu la marche de l'affection.

Le malade dit avoir recouvré l'usage de sa jambe gauche et marcher à peu près normalement. Toutefois les réflexes sont toujours exagérés, la trépidation épileptoïde s'obtient facilement et le réflexe de l'orteil a lieu en extension.

L'incontinence est légèrement moins intense, les mictions sont moins impérieuses.

V

DIAGNOSTIC

En présence de symptômes tels que ceux que nous connaissons, c'est-à-dire de troubles urinaires caractérisés par des mictions impérieuses pouvant aller jusqu'à l'incontinence vraie, avec désorganisation des fonctions génitales, le diagnostic apparaît comme un point très délicat à préciser.

Il n'est pas douteux qu'une fois la paraplégie apparue, lorsque l'affection aura revêtu le type clinique classique de la myélite transverse, le diagnostic s'impose presque de lui-même. Mais c'est au début, au cours de la première phase, alors que les signes sont insuffisants pour caractériser une lésion médullaire, qu'il est nécessaire d'établir un diagnostic, au double point de vue de la localisation de la lésion sur la moelle et de sa nature syphilitique. Nous avons donc à nous poser et à résoudre successivement les trois questions suivantes :

S'agit-il d'une affection d'origine médullaire ?

Quelle est cette affection ?

Est-elle de nature spécifique ?

1° *S'agit-il d'une affection d'origine médullaire ?*

— Pour affirmer que de tels troubles ont leur origine en un point du système nerveux, il est de toute utilité de vérifier attentivement l'état de l'appareil urinaire.

Sans nous laisser entraîner par l'exposé de toutes les causes d'incontinence nous signalerons cependant les plus fréquentes et celles qui méritent le plus l'attention.

Chez un individu jeune il faudra songer à la possibilité d'un rétrécissement cicatriciel ou inflammatoire. Or, une simple boule olivaire introduite dans le canal va nous renseigner sur l'état de l'urètre et nous signaler la présence de tous les obstacles.

Avons-nous affaire à un individu plus âgé, parvenu à l'âge de 40 à 45 ans, déjà il faudra songer à l'hypertrophie prostatique au début. Mais ici nous n'aurons que des mictions fréquentes et non des besoins impérieux. De plus le toucher rectal nous renseignera sur le volume de la prostate. Et nous pouvons dire qu'il en sera de même pour tous les obstacles qui siègeront sur le trajet de l'urètre.

Une fois l'appareil urinaire reconnu en bon état, peut-être sera-t-il bon de songer aux incontinenances dites essentielles, par défaut de tonicité du sphincter. Mais ici encore le diagnostic sera facile car l'affection ne sera pas de date récente ; elle aura fait son apparition dès l'enfance du malade et sera pour ainsi dire née avec lui.

Il n'en sera pas de même des troubles urinaires d'origine psychique et souvent le diagnostic sera d'autant plus difficile que le terrain aura été tout préparé pour la neurasthénie par l'infection syphilitique existante.

Sous l'influence de l'affaiblissement nerveux qu'il subit, le neurasthénique va prendre un état mental très particulier. Épuisé au point de vue physique, ses facultés psychiques ne restent pas indemnes. La volonté chez lui n'existe pour bien dire plus, la sensibilité devient exagérée, et le malade se trouve devenu un grand émotif. Dès lors, il va s'observer méthodiquement, épiant tout ce qui peut paraître légèrement anormal dans ses fonctions physiologiques, perdant de plus en plus confiance en lui et se croyant toujours perdu.

Que chez un tel individu survienne le moindre accident du côté de ses voies urinaires, une blennorrhagie par exemple, car, a dit M. Guyon, « la blennorrhagie est la véritable pierre de touche du neurasthénique », et nous aurons un neurasthénique urinaire constitué.

Mais il n'est pas nécessaire qu'il y ait une affection locale récente ; elle peut être ancienne et provenir même de l'enfance. Il suffit que le malade se souvienne d'avoir été un incontinent dans son jeune âge pour s'emparer de cette idée, concentrer d'une façon perpétuelle son attention sur sa vessie et créer de toutes pièces ses troubles urinaires. Il rentrera dans la catégorie de ces malades qui, expliquent MM. Ray-

mond et Janet, « se laissent aller davantage à méditer sur ce qu'ils ressentent, à l'interpréter par suite de leurs propres réflexions, et à construire une idée qui devient dorénavant l'expression de ce qu'ils ressentent. »

Ce sont des malades qui vont accoutumer leur vessie à se vider avant d'être pleine, ce seront d'abord des pollakiuriques, et une fois l'habitude établie, il sera très difficile de la rompre, la présence de l'urine dans la vessie devenant même insupportable.

C'est ainsi que pollakiuriques pendant le jour ils seront incontinents pendant la nuit, et auront des mictions involontaires. Leur cerveau est empreint de l'idée qu'ils doivent vider leur vessie et grâce à la profondeur de leur sommeil, à la suite d'un rêve qui leur fait croire qu'ils urinent dans un urinoir, la miction se produit. C'est un rêve mictionnel dû à la préoccupation urinaire pendant la journée.

On fera donc le diagnostic en étudiant son malade, en remontant au début de son incontinence, afin d'en saisir l'occasion, et en attachant une grande importance aux antécédents.

Les troubles psychopathiques se rencontrent chez des prédisposés héréditaires, des dégénérés, des névropathes. La plupart auront eu dans leur enfance des convulsions ou auront été des incontinents. On rencontrera chez eux des stigmates de névroses. Tous seront des méticuleux, des scrupuleux s'examinant avec beaucoup de soin, sans laisser échapper

aucun détail, à ce point que quelques-uns d'entre eux arriveront avec leur histoire écrite.

Bien rarement d'ailleurs les troubles urinaires seront les seuls symptômes qu'ils accuseront. Presque toujours ils seront accompagnés de douleurs vagues dans la région périnéale et de troubles des fonctions génitales. Ce sont des malades qui accuseront des difficultés dans l'érection, avec une anesthésie presque complète de l'urètre, et parfois une impuissance absolue. Le plus souvent aussi ce seront, comme les a désignés M. Guyon, des continents par crainte.

Enfin le diagnostic sera assuré par l'examen direct de l'appareil urinaire. Si l'on passe une sonde exploratrice dans leur canal on constate la résistance normale du sphincter, et si l'on soumet leur vessie à une épreuve de tolérance, en injectant dans son intérieur de 400 à 500 grammes d'un liquide, on est surpris de voir la facilité avec laquelle cette quantité de liquide est conservée.

Dans l'hystérie on a rarement relevé l'existence d'incontinence et presque toujours il s'agit de rétention par spasme du sphincter. En tout cas, on aura la ressource de rechercher les antécédents assez caractéristiques et les stigmates de cette névrose : anesthésies hystériques, avec leurs caractères particuliers, en ce qui concerne leur localisation et leurs diverses formes, toutes deux d'une instabilité constante; hyperesthésies susceptibles d'autant de variations que les anesthésies; troubles pouvant survenir

du côté de tous les organes des sens et dont le plus important consiste dans le rétrécissement concentrique du champ visuel.

Quant aux malades, classés, par M. Janet, sous le nom de psychasténiques, bien qu'ils soient nombreux et d'observation fréquente, nous ne pouvons les séparer, dans cette étude, des neurasthéniques ordinaires. Le domaine des deux névroses ne paraît pas assez distinct pour pouvoir établir la part qui revient à l'un plutôt qu'à l'autre.

Toutes ces causes éliminées, on pourra, pour plus de sûreté dans le diagnostic, recourir à la ponction lombaire, qui, dans tous les cas précédents, ne devra renfermer aucun élément figuré.

2° *En présence de quelle affection sommes-nous ?* — L'incontinence reconnue d'origine médullaire il sera nécessaire de passer en revue les causes susceptibles de produire la symptomatologie que nous connaissons. Or, quelles sont les affections qui peuvent déterminer des mictions impérieuses, de l'incontinence, des troubles des fonctions génitales avec une légère atteinte des fonctions rectales ? Sans répondre d'une façon absolue au syndrome du cône terminal tel qu'il a été décrit en France par M. le professeur Raymond et en Allemagne par MM. Oppenheim, Kirchoff, Müller, une telle symptomatologie doit cependant nous faire penser aux lésions siégeant à la partie la plus inférieure de la moelle, dans cette région, formée par les trois derniers segments sacrés et par le segment coccygien, siège des centres ré-

flexes, des fonctions génitales, vésicales et rectales et de ceux qui donnent la sensibilité aux régions ano-coccygienne, périnéale, scrotale et aux muqueuses urétrales et génitales.

Ainsi délimitée cette partie de la moelle se réclame d'une symptomatologie tout à fait caractéristique : « troubles paralytiques des fonctions de la vessie et du rectum, associés à l'impuissance virile et à une anesthésie limitée au pourtour de l'anus, au périnée, au scrotum, à la verge chez l'homme, à la vulve et aux grandes lèvres chez la femme, et à la muqueuse uréthro-vésicale (1). » Il en résulte que si les troubles de la miction et des fonctions génitales se rencontrent aussi bien dans les affections des régions dorsales et lombaires de la moelle, que dans celles de la moelle sacrée, nous aurons plutôt de la rétention dans le premier cas, et des envies impérieuses ou de l'incontinence dans le second (2).

Nos recherches sont par le fait facilitées et nous n'avons qu'à diriger notre diagnostic du côté des affections de cette région du cône médullaire ou de la partie lombo-sacrée du rachis, qui pourront être soit des traumatismes ou des ostéites, soit des tumeurs méningées ou extra-méningées, soit enfin des scléroses.

L'hypothèse d'un traumatisme sera facilement éli-

1. RAYMOND. *Clinique des maladies du système nerveux*. Série VI.

2. DÉJERINE ET THOMAS. *Maladies de la moelle épinière. Séméiologie*.

minée, car, dans ce cas, nous aurons toujours des antécédents. Le malade nous dira lui-même s'il a fait une chute ou reçu un choc. Nous pourrons aussi, écarter facilement l'idée d'une affection tuberculeuse locale, surtout si nous ne constatons chez nos malades aucun signe de tuberculose générale, parceque nous savons que la localisation de l'affection dans la région lombo-sacrée ne survient, ordinairement, que chez des tuberculeux avérés. De plus, elle se manifestera la plupart du temps par des douleurs et sera accompagnée d'un certain nombre de symptômes locaux parfois difficiles à déceler, mais presque constants, nous voulons dire : douleur à la pression au niveau des apophyses épineuses et des apophyses transverses, ankylose ou rigidité de la partie inférieure de la colonne vertébrale, déformation, pouvant aller jusqu'à la cyphose, des dernières vertèbres lombaires.

Il ne pourra être non plus question de cancer vertébral qui siège habituellement, dans des régions plus élevées de la colonne vertébrale et succède presque toujours à un cancer du sein. D'ailleurs la compression se serait établie plus lentement occasionnant dès le début des douleurs assez vives sous forme de névralgies parfois très aiguës.

Il ne nous restera donc que les tumeurs néoplasiques susceptibles de comprimer le cône terminal. Mais ici encore, le mode de début, et l'évolution permettront de les écarter. Longtemps avant, la tumeur naissante aura produit une irritation des

méninges et de la moelle qui se sera traduite par des douleurs de plus en plus violentes, souvent absolument intolérables. Puis la tumeur se développant comprimer les racines sacrées et lombaires déterminant des zones d'anesthésie, des amyotrophies et finalement une paralysie plus ou moins complète suivant les nerfs comprimés.

Une affection à laquelle on pourra songer après élimination des causes de compression est la sclérose de la moelle sacrée, indépendante de toute infection vénérienne antérieure, telle qu'elle a été observée en Allemagne par M. Müller, Curchmann (1) et Kürt-Mendel. Seulement ici nous aurons le syndrome du cône terminal à l'état de pureté plus absolue : troubles de la sensibilité, troubles typiques des sphincters et des fonctions génitales. De plus nous n'aurons pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et l'intérêt au point de vue diagnostique sera moindre car il sera toujours utile de faire l'épreuve du traitement spécifique.

Quant à savoir si l'on est en présence d'un tabès au début ce sera parfois très difficile, d'autant plus que certaines formes ressemblent assez aux lésions du cône terminal, et Ingelrans rapporte l'observation d'un cas qui simulait à s'y méprendre une lésion de cette partie de la moelle (2), présentant comme symptômes de l'incontinence d'urine, des troubles

1. *Neurologisches Centralblatt*, Février 1908.

2. *Étude clinique des formes anormales du tabès*. Ingelrans. Thèse de Paris, 1897.

des fonctions génitales, de l'anesthésie urétrale, et la perte de toute sensation voluptueuse. Le diagnostic se fera d'après l'évolution alors que les réflexes achilléens et rotuliens auront disparu, car, ni la ponction lombaire, ni les signes oculaires ne pourront aider étant donné qu'ils peuvent être, en tous points semblables, dans l'un et l'autre cas. Seulement le traitement à instituer sera le même et de ce fait la valeur du diagnostic précis bien amoindrie.

Toutes ces causes passées en revue, il sera bon, avant de fixer définitivement le diagnostic, de penser aux affections qui peuvent présenter au début des symptômes d'incontinence, sans intéresser pour autant le cône terminal. Et c'est ainsi que nous sommes amené à dire quelques mots des affections de cette région si intimement liée à la partie la plus inférieure de la moelle, et que l'on désigne sous le nom de queue de cheval.

Constituée par les racines, qui émanent de la partie la plus inférieure du névraxe, et qui se groupent dans la région sacrée en un paquet composé des cinq paires lombaires et des paires sacrées, les affections de la queue de cheval sont susceptibles de présenter une symptomatologie un peu analogue à celle du cône terminal : d'autant plus que souvent, certaines affections du cône terminal, telles que les traumatismes et les tumeurs, peuvent atteindre en même temps quelques-unes des racines lombaires ou sacrées et occasionner dans ces circonstances de grandes difficultés pour le diagnostic.

Seulement, enseigne M. Raymond (1) : « on a coutume de désigner plus particulièrement sous le nom d'affection de la queue de cheval, les cas où la paralysie sensitive et motrice traduit spécialement la lésion des racines du plexus sacré et sacro-coccygien, la pathologie du plexus lombaire étant considérée comme en dehors du syndrome clinique qui nous occupe. » Et alors qu'il s'agisse de traumatismes, de phénomènes de compression par tumeur ou corps étranger, de sclérose ou de lésions syphilitiques, les symptômes seront toujours à peu près semblables, constituant un syndrome sans fixité puisqu'il est appelé à varier suivant les racines intéressées, à tel point, que souvent il sera difficile de dire si la lésion atteint ces racines ou le segment médullaire correspondant.

Cependant, le plus habituellement, toutes les affections qui intéressent la queue de cheval se traduisent pas une symptomatologie assez particulière pour que l'on puisse les rapporter à leur origine véritable.

C'est ainsi que les troubles de la motilité seront souvent très étendus et détermineront une paralysie incomplète des membres inférieurs presque toujours limitée au domaine d'innervation du plexus sacré, c'est-à-dire aux muscles fessiers, à la face postérieure de la cuisse, au mollet et au pied. En même temps

1. Clinique de la Salpêtrière. Leçon recueillie par le Dr CLAUDE, agrégé, in *Archives générales de médecine*, juillet 1906.

tous les muscles de ces régions sont atrophiés, la force musculaire est très diminuée et la résistance aux mouvements passifs est en grande partie abolie.

La sensibilité subjective est altérée et le malade éprouve, dans la région sacro-lombaire, des douleurs extrêmement vives qui vont en s'irradiant à la face postérieure de la jambe suivant le trajet du sciatique. Au point de vue de la sensibilité objective, on observe une diminution de tous les modes de sensibilité, et l'hypoesthésie peut aboutir à l'anesthésie complète. A côté de cela, notons l'apparition de la réaction de dégénérescence et nous aurons rassemblé un ensemble de symptômes caractérisant les affections de la queue de cheval.

Quant aux troubles des sphincters, qui peuvent apparaître dès le début et consistent en incontinence et constipation, ils présentent des caractères qui ne sont pas ceux des troubles sphinctériens par lésion du cône terminal. Tandis que dans ce dernier cas, les troubles sont très accentués et permanents par suite de la lésion des centres spinaux, dans le premier ils se montrent de façon plus irrégulière, avec une certaine faiblesse, et peuvent être purement transitoires, ce qui est incompatible avec une lésion destructive des centres.

En fin de compte, on se trouvera acculé à admettre l'existence d'une affection du cône terminal, qui ne sera ni un traumatisme, ni une tuberculose locale, ni une tumeur méningée ou extraméningée, et par conséquent une affection dont il restera à déterminer la

nature. Eh bien ! en pareil cas, ne doit-on pas toujours rechercher la syphilis ?

3° *L'affection est-elle de nature syphilitique?* — Si le virus syphilitique est susceptible d'atteindre plus particulièrement une région du système nerveux, il est du moins certain qu'il ne laisse pas intactes toutes les autres parties. C'est ainsi que la syphilis de la moelle est toujours accompagnée de symptômes cérébraux dus à la réaction des méninges encéphaliques. Cette réaction qui se produit plus particulièrement au niveau de la base surtout au pourtour des pédoncules et du chiasma des nerfs optiques, se traduit par une série de manifestations oculaires qui permettent à l'heure actuelle, grâce aux travaux de M. Babinski et de ses élèves, de déceler la syphilis, alors qu'elle ne produit encore aucune affection caractéristique.

Parmi ces symptômes oculaires, les troubles pupillaires occupent une place de premier ordre et portent sur les troubles des réflexes, l'inégalité et l'irrégularité des pupilles.

Les troubles réflexes sont des signes très importants par leur fréquence et par leur moment d'apparition, puisqu'ils sont susceptibles de se manifester à toutes les époques de la syphilis. Charpentier (1), qui a étudié les relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis, rapporte des cas où les troubles apparaissent au cours de la période primaire.

1. CHARPENTIER, Thèse de Paris, 1899.

Mais en quoi consistent ces troubles ? Suivant les cas, on peut rencontrer divers modes d'altération des réflexes. Parfois il s'agit de simple diminution, d'autrefois d'abolition, soit d'un des réflexes accommodateur ou photomoteur, soit enfin des deux à la fois. L'abolition ou même l'affaiblissement du réflexe photomoteur, pris isolément, constitue le signe que chacun connaît, sous le nom de signe d'Argyll-Robertson.

L'inégalité pupillaire rencontrée à l'état isolé ne possède pas grande valeur au point de vue du diagnostic. Mais il n'en est pas de même de l'irrégularité des pupilles bien étudiée par MM. Joffroy et Schrameck (1). Après avoir écarté les affections oculaires anciennes, si l'irrégularité pupillaire n'est pas d'origine congénitale, elle constitue, à elle seule, un des meilleurs symptômes de la paralysie de l'iris. De plus elle peut apparaître avant les autres troubles réflexes et une fois apparue ne rétrocede jamais. C'est pourquoi MM. Joffroy et Schrameck la considèrent comme un signe d'aussi grande valeur que le signe d'Argyll-Robertson et ils disent : « C'est un symptôme fixe, que l'on retrouve presque constamment et uniquement dans les affections où la motilité de l'iris va se trouver atteinte, tabes, paralysie générale, syphilis. »

« Nous avons bien retrouvé cette déformation chez

1. JOFFROY ET SCHRAMECK, *Société de neurologie*, 1902. Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyll-Robertson.

un certain nombre de vésaniques ; seulement, d'après nos observations, il nous a semblé qu'on ne la rencontrait guère que chez les vésaniques syphilitiques. »

Il faut donc admettre que soit le signe d'Argyll-Robertson, soit l'irrégularité pupillaire sont des symptômes de grande valeur pour l'établissement du diagnostic de la nature syphilitique de l'affection.

Mais depuis quelques années, à la suite des travaux de MM. Widal, Sicard, Ravaut et Monod, auxquels font suite ceux de MM. Babinski et Nageotte, nous possédons dans la ponction lombaire un moyen extrêmement précieux de diagnostic. Entrée actuellement dans la pratique courante, elle permet presque toujours d'établir la nature spécifique d'une affection médullaire. Sans difficulté et sans danger pour le malade, on peut dire qu'il est utile de la pratiquer, toutes les fois qu'il y a le moindre doute sur l'origine spécifique possible de n'importe quelle lésion nerveuse, car toute méningo-myélite s'accompagne de modifications du liquide céphalo-rachidien. Parmi ces modifications deux sont importantes à rencontrer, ce sont : la lymphocytose et l'hypertension du liquide. Quelquefois on rencontre aussi de la polynucléose, mais il s'agit dans ces cas de méningite aiguë.

La lymphocytose est constante dans toutes les localisations méningées de la syphilis. Plus ou moins accentuée suivant le degré des lésions, elle appartient à toutes les périodes de l'affection. C'est ainsi que MM. Jeanselme et Barbé ont montré (1) qu'elle pou-

1. JEANSELME ET BARBÉ. *Société de biologie*, mai 1907.

vait même apparaître chez les malades qui n'avaient encore aucun trouble nerveux. A peu près constante à la période secondaire elle est plus rare à la période tertiaire tout en restant encore très fréquente.

Mais ce qui augmente encore sa valeur comme moyen de diagnostic, c'est qu'elle permettra d'éviter la confusion d'une affection syphilitique au début, avec une affection du domaine de la psychiatrie, puisque, dans aucun cas où l'on a affaire à de simples vésanies, le liquide céphalo-rachidien ne contient d'éléments figurés.

En somme elle permettra, comme le disent MM. Joffroy et Mercier (1), « d'assurer le diagnostic hésitant, ou même de faire un diagnostic ferme, là où tout diagnostic eût été impossible sans l'emploi de ce moyen d'investigation. »

Nous pouvons donc conclure en disant que la ponction lombaire est un moyen précieux de diagnostic. Toujours utile dans les cas douteux, elle permet, si elle est négative, d'éliminer presque à coup sûr la syphilis du système nerveux. Si elle est positive, et qu'on ne l'admette pas comme un signe pathognomonique, on peut au moins se ranger du côté de M. Alquier quand il affirme que : « la présence du signe d'Argyll-Robertson coïncidant avec la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien indique l'existence d'une méningite chronique syphilitique (2). »

1. JOFFROY ET MERCIER. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Grenoble, août 1902.

2. ALQUIER. *Gazette des Hôpitaux*, 19 février 1907.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

PRONOSTIC

Sans nous occuper des différentes causes capables d'exercer une influence sur la marche des myélites, à début par incontinence d'urine, telles que l'âge du malade, l'état de son organisme, nous pouvons prétendre que c'est toujours une affection grave.

S'il est rare dans cette forme de rencontrer des cas à marche aiguë, on peut néanmoins observer des cas où, après un début très lent, l'affection prend une marche excessivement rapide et peut entraîner la mort en quelques mois.

Mais là n'est pas la marche ordinaire de cette forme de myélite, et l'on comprend très bien que la localisation au niveau de cette partie la plus inférieure de la moelle n'est pas de nature à entraîner si rapidement la mort. D'ailleurs nous connaissons tous l'action du traitement mercuriel sur les manifestations de la syphilis, et nous pouvons prévoir que, par un diagnostic précoce, permettant l'établissement d'un traitement énergique dès le début, nous arriverons

à enrayer la marche de l'affection. C'est pour cette raison qu'il est de toute utilité que la lésion médullaire soit promptement reconnue et sa nature syphilitique rapidement établie.

Dans ce cas seulement nous pourrons obtenir des résultats importants ; nous pourrons faire rétrocéder les lésions ou tout au moins les arrêter dans leur extension et empêcher chez nos malades l'apparition de la paraplégie qui les menace.

Est-ce à dire que nous guérirons nos malades de leur incontinence ? il est peu probable et cela dépendra de la nature de la lésion. Il est à craindre que nous n'ayons affaire à un foyer de ramollissement succédant à une artérite, auquel cas les dégâts sont irréparables. Si au contraire nous nous trouvons en présence de lésions plus jeunes nous pourrons par le traitement obtenir une régression de ces lésions et améliorer sensiblement l'état du malade. Les troubles sphinctériens deviendront moins intenses, les urines seront conservées plus facilement, et finalement il pourra se faire que les fonctions redeviennent normales. C'est ainsi que les choses se passèrent dans un cas d'incontinence, rapporté par Héresco et Druelle (1), cas qui guérit par le calomel.

Il ne faut cependant pas trop compter sur les rares cas de guérison complète. Le plus souvent, malgré le traitement intensif, l'incontinence subsiste, et pour

1. HÉRESKO ET DRUELLE, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899.

ne pas menacer la vie du malade, cette forme de myélite ne l'expose pas moins à rester un infirme incurable.

D'ailleurs la possibilité des récidives et la fréquence des formes chroniques et progressives de l'affection sont bien faites pour assombrir le pronostic.

∴

TRAITEMENT

Le traitement comprendra deux points : l'hygiène générale, l'administration du mercure.

Plus que dans toutes les autres manifestations de la syphilis, il sera nécessaire d'appliquer un traitement général avec une hygiène rigoureuse.

Il faudra exiger du malade une existence calme, avec des exercices modérés, bannissant de son programme de vie tous les excès, et en premier lieu tous ceux qui peuvent surmener le système nerveux.

L'hydrothérapie sera un bon adjuvant du traitement qu'elle rendra plus efficace et plus prompt à agir.

Quant au traitement spécifique ce sera celui de toutes les manifestations graves de la syphilis. Il faudra, si l'on veut enrayer la marche de l'affection, instituer un traitement énergique. Or pour agir vite nous n'avons qu'un moyen : celui des injections.

Devront-elles être faites avec des sels solubles ou avec des sels insolubles ? Si les premières ont leurs

partisans, les secondes ont aussi les leurs. En tout cas nous pouvons dire que dans un traitement intensif, les injections de sels solubles ont l'avantage de pouvoir être suspendues du jour au lendemain, si l'on remarque un commencement d'intoxication.

De plus elles agissent plus rapidement et suivant la tolérance du sujet peuvent être augmentées ou diminuées.

Si l'on renonce aux sels solubles, les injections de calomel seront d'une utilité incontestable. Elles agiront avec plus de constance mais seront douloureuses et auront une action moins rapide.

Enfin l'électricité rendra les plus grands services, et contribuera pour une large part à l'amélioration des troubles sphinctériens.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis de la moelle peut, dans certains cas, débiter par des troubles urinaires consistant en mictions impérieuses et incontinence d'urine.

II. — Cette localisation, probable, des lésions au niveau du centre vésical, peut être due à une prédisposition individuelle causée par le surmenage local ou par une infection antérieure des voies urinaires.

III. — En tout cas, mictions impérieuses et incontinence d'urine, accompagnées de quelques troubles des fonctions génitales, sont susceptibles de rester pendant un temps variable, pouvant aller de quelques jours à quelques années, les seuls symptômes d'une atteinte de la moelle par le virus syphilitique. Puis, surviennent des phénomènes paraplégiques, du côté des membres inférieurs et le tableau clinique devient celui de la myélite syphilitique.

IV. — La nécessité d'un diagnostic précoce, de l'origine médullaire et de la nature syphilitique de tels troubles urinaires, est de toute évidence. Il sera utile d'éliminer, dès le début, les incontinenances essentielles, celles dues à des lésions de l'appareil urinaire et les incontinenances ou mictions impérieuses d'ori-

gine psychique. On éliminera de même toutes les causes de compression de la moelle, susceptibles de produire les mêmes troubles, c'est-à-dire les tumeurs, les corps étrangers, les traumatismes et autres affections au niveau du cône terminal et de la queue de cheval.

Enfin on examinera tout le système cérébro-spinal du malade. Presque toujours la syphilis médullaire est accompagnée de manifestations cérébrales, surtout de troubles oculaires qui portent, pour ainsi dire, la signature de l'affection.

Si le diagnostic est encore hésitant, la ponction lombaire sera le meilleur moyen de le confirmer.

V. — Le pronostic est en partie lié à la précocité du diagnostic, car, si l'on a parfois affaire à des formes qui deviendront chroniquement progressives, on peut, par le traitement approprié, enrayer la marche de l'affection, et si non guérir le malade de ses troubles urinaires, tout au moins empêcher la paralysie de se produire.

VI. — Le traitement sera celui de toute syphilis à manifestation nerveuse. Il sera bon d'aller vite ; les injections de sels solubles sont le meilleur moyen que nous possédions.

Vu : le Président de thèse,

RAYMOND

Vu le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI ET NAGEOTTE. — Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses. *Société médicale des hôpitaux*, 24 mai 1901.
- BAZY. — Séméiologie des maladies des voies urinaires.
- BOUSQUET. — Contribution à l'étude du tertiarisme dans la syphilis. *Thèse de Montpellier*, 1905.
- BRETEAU. — Contribution à l'étude des myélites syphilitiques. *Th. de Paris*, 1888.
- BRAVY (Marcel). — Contribution à l'étude clinique des compressions médullaires. *Th. de Paris*, 1903.
- CAIZERGUES. — *Thèse de Montpellier*, 1878.
- CATHELIN. — Injections épidurales par ponction du canal sacré. *Th. de Paris*, 1902.
- CESTAN ET DUPUYS-DUTEMPS. — Signe d'Argyll-Robertson. Sa valeur séméiologique. Ses relations avec la syphilis. *Gazette des hôpit.*, 28 décembre 1901.
- CHARPENTIER. — Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis. *Th. de Paris*, 1899.
- CURCHMANN. — *Neurologisches Centralblatt*, février 1908.
- DÉJÉRINE. — Traité de pathologie générale.
- DÉJÉRINE ET THOMAS. — Maladies de la moelle épinière.
- FRAENKEL. — Étude sur l'inégalité pupillaire dans les maladies et chez les personnes saines. *Revue de médecine*, 1897, n° 10; 1898, nos 2 et 6.

- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- GILBERT ET LION. — Syphilis médullaire. In Traité de médecine et thérapeutique, tome IX, 1902.
- Syphilis de la moelle. *Actualités médicales*, 1908.
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*.
- GRASSET. — Diagnostic des maladies de la moelle. In *Actualités médicales*, 1908.
- HUET. — Valeur séméiologique du signe d'Argyll-Robertson. *Th. de Bordeaux*, 1906.
- JANET (Jules). — Troubles psychopathiques de la miction. *Th. de Paris*, 1890.
- JULLIARD. — *Thèse de Lyon*, 1879. Étude sur les localisations spinales de la syphilis.
- KASIMIR. — Contribution à l'étude des myélites syphilitiques. *Th. de Paris*, 1892-1893.
- LABBÉ ET CASTAIGNE. — Examen du liquide céphalo-rachidien. *Société médicale des hôpitaux*, 29 mars 1901.
- LACAILLE. — Incontinence d'urine dite essentielle. *Th. de Paris*, 1900.
- LAJOUÉ. — Contribution à l'étude des myélites syphilitiques. *Th. de Nancy*, 1905.
- LE PETIT. — Étude sur la paraplégie syphilitique. *Th. de Paris*, 1878.
- MARIE. — De la syphilis médullaire. *Semaine médicale*, 1893, n° 6.
- MANTOUX. — La syphilis nerveuse latente et les stigmates nerveux de la syphilis. *Th. de Paris*, 1904.
- NINOT. — Diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par ponction lombaire. *Th. Lyon*, 1906.
- PILLET. — Précis de diagnostic clinique des maladies des voies urinaires.
- RAVAUT. — Étude du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. *Annal. dermatol. et syph.*, juillet 1903.
- RAYMOND. — Leçons sur les maladies du système nerveux.
- *Archives générales de médecine*, juillet 1906: Quelques affections de la queue de cheval.

SAVARD. — Étude sur les myélites syphilitiques. *Th. de Paris*, 1881.

SICARD ET MONOD. — Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans la méningo-myélite. *Soc. médicale des hôp.*, 18 janv. 1901.

SÉNÉCHAL. — Troubles urinaires prémonitoires des myélites syphilitiques. *Th. de Lille*, 1889-1890.

SOTTAS. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques. *Th. de Paris* 1894.

WIDAL. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. *Soc. méd. des hôp.*, 14 février 1902, p. 119.

